



Ana Rita Sequeira

A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença

Centro de Estudos Internacionais

Capítulo IX - Discursos e práticas locais sobre a malária: etiologia e prevenção

Editora: Centro de Estudos Internacionais
Lugar de edição: Lisboa
Ano de edição: 2017
Online desde: 11 dezembro 2019
coleção: ebook'IS
ISBN eletrónico: 9789898876928



<http://books.openedition.org>

Refêrencia eletrónica

SEQUEIRA, Ana Rita. *Capítulo IX - Discursos e práticas locais sobre a malária: etiologia e prevenção* In : *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença* [en ligne]. Lisboa : Centro de Estudos Internacionais, 2017 (généré le 21 décembre 2020). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/cei/497>>. ISBN : 9789898876928.

CAPÍTULO IX

DISCURSOS E PRÁTICAS LOCAIS SOBRE A MALÁRIA: ETIOLOGIA E PREVENÇÃO

O presente capítulo tem como principal objetivo analisar os discursos dos interlocutores sobre as causas da malária e a realização das suas práticas preventivas (primeira parte), debruçando-se, mais atentamente, sobre o recurso às redes mosquiteiras e à pulverização intradomiciliária (segunda parte).

No âmbito das intervenções de saúde pública sobre a mudança de comportamentos, a divulgação de conhecimentos biomédicos entre a restante população evidencia-se como um processo lento, cadenciado pelas dúvidas e saberes locais pré-existentes ou em construção.

Atualmente, multiplica-se o número de publicações sobre conhecimentos e práticas relacionados com a malária. A maioria destes estudos de análise quantitativa apoiam instituições públicas na tomada de decisão sobre a aceitabilidade de determinado método de prevenção ou tipo de mensagens de educação para a saúde a ser transmitido. A integração de conhecimentos biomédicos no quotidiano da população é considerado um elemento fundamental no controlo da doença.

Num momento em que novos atores locais participam na divulgação de mensagens de saúde, em particular os líderes religiosos, a iniciativa PIRCOM e, mais recentemente, os curandeiros (#28/31.05.2012), interessa-nos compreender as racionalidades e atuações de alguns deles. Nesse sentido, ao longo deste capítulo, a apresentação dos resultados será diferenciada por grupos, isto é, serão discriminadas as respostas dos curandeiros, pastores de igrejas e outros entrevistados.

Adicionalmente, serão discutidas as vantagens de uma análise qualitativa no tratamento dos dados recolhidos, em detrimento do uso desadequado de métodos quantitativos.

Por último, procura-se salientar que os conhecimentos e práticas de prevenção da malária são, também, influenciados pelas estratégias de controlo da doença, pela experiência cumulativa dos indivíduos, pelas relações e desempenho dos profissionais do sector da saúde, pelas relações e tomada de decisão de atores não estatais internacionais (Cliff *et al.*, 2010: 381) e pelo próprio dinamismo e constante (re)construção dos saberes e procedimentos locais.

9.1 Conhecimentos etiológicos e práticas preventivas da malária

9.1.1 Etiologia da malária

A malária é considerada uma “doença do hospital”, na medida em que os pacientes e seus familiares valorizam as práticas e sucesso terapêutico alcançados pela biomedicina. No entanto, importa, também, conhecer quais as causas que são atribuídas à doença e que noções cada grupo de entrevistados possui deste assunto.

A identificação do mosquito como estando na génese da malária foi, amplamente, apontada pelos inquiridos (62%)¹, sendo os curandeiros o grupo que mencionou menos vezes esta etiologia. Ao contrário dos resultados obtidos por Muela, em que os seus interlocutores referenciavam o parasita e sabiam a distinção entre o mosquito *Anopheles* e o *Culex* (Muela, 2010: 64-65), neste estudo, apenas doze entrevistados identificaram o transmissor da malária como um “mosquito específico”, tendo quatro referido que agente infectante é fêmea.

Quadro 9.1 – Respostas múltiplas sobre a etiologia da malária

Categorias	Pastores	Homens e Mulheres	Curandeiros	Total
Mosquito	30	56	22	108
Exposição ao sol	3	14	8	25
Inadequado saneamento do meio	4	6	5	15
Sujidade	6	6	1	13
Consumo de água imprópria	4	6	1	11
Falta de higiene no domicílio	8	2	0	10
Trabalhos pesados	3	4	1	8
Alimentação insuficiente	4	2	1	7
Falta de higiene pessoal	2	0	3	5
Águas estagnadas	4	0	0	4
Exposição ao frio	1	3	0	4
Falta de latrina	1	3	0	4
Consumo de mangas	0	3	0	3
Causa sobrenatural	1	1	0	2
Falta de higiene dos alimentos	1	0	1	2
Falha da toma de remédio tradicional	0	0	1	1
Não responde	3	2	0	5
Não sabe	3	9	7	19

¹ Ver, também, outros estudos em que os mosquitos foram identificados como a causa mais referida: Okrah *et al.* (2002: 245); Essé *et al.* (2008: 6); Deressa *et al.* (2008: 122); Rodrigues (2009: 32); Udonwa, Gyuse & Etokidem (2010: 2); Shey *et al.* (2011: 297); Aderaw e Gedefaw (2013: 5); Mwanje (2013: 44); Singh (2014).

O segundo argumento mais referido foi a exposição direta ao sol² quer por adultos enquanto desenvolvem as suas atividades diárias (buscar água, trabalho agrícola na machamba, corte de lenha e queima de carvão) quer pelas crianças enquanto brincam ao sol.

O consumo de água imprópria³, a ausência de higiene pessoal, os alimentos e o saneamento do meio foram, também, referidos como geradores da malária. Estas ilações estão relacionadas com as campanhas de educação para a saúde, promovidas pelos técnicos dos centros de saúde, APE, voluntários e funcionários de Organizações Não Governamentais.

A relação entre a dureza do trabalho desempenhado (Muela, 2000: 67) e a alimentação inadequada⁴ foram tidas em conta por 8 e 7 interlocutores, respetivamente. À semelhança de outros estudos (Okrah *et al.*, 2002: 243; Aderaw e Gedefaw, 2013: 5), a exposição ao frio foi, igualmente, mencionada, bem como o consumo de mangas⁵, que ocorre na época das chuvas, e, ainda, as causas sobrenaturais. Por último, cerca de 11% dos interlocutores desconhecem a origem da malária.

9.1.2 Limitações metodológicas e a escolha de métodos de recolha de dados não adequados

Ao perguntarmos aos interlocutores o que tinha provocado a enfermidade, era comum referirem-se à negligência de um comportamento preventivo e não ao agente ou motivo que estaria na sua origem. O esclarecimento desta diferença é fundamental, porque pode induzir ao enviesamento das conclusões. A título ilustrativo, a falta de limpeza do quintal e das áreas com água estagnada foi, recorrentemente, referida como estando na base da infeção (Nichter, 2008: 48), mas só o desenvolvimento da conversa permitiu aceder às racionalidades dos entrevistados, quando estes relatavam que, nos locais de água estagnada, se concentram os mosquitos. Por outro lado, muitos dos inquiridos que respondiam “Não sei”, ao longo da entrevista, viriam a apontar o que, especificamente, consideravam ser a causa da malária.

² Muela, 2000: 67; Essé *et al.*, 2008: 6.

³ Aderaw e Gedefaw, 2013: 5; Mwanje, 2013: 44.

⁴ Aderaw e Gedefaw, 2013: 5; Deressa *et al.*, 2008: 122.

⁵ Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 83; Okrah *et al.*, 2002: 243; Mwanje, 2013: 44. Num distrito a norte da província de Gaza, também, recolhi relatos sobre o consumo de melancia (fruto da época das chuvas) apontado como causa da malária.

(...) Não tenho a certeza, sujidade ou outro tipo de comportamento. Mas do que sei pode ser sujidade. Devido às chuvas e como aquece muito, há muitos mosquitos. Também há muitos mosquitos nas águas estagnadas.” (#29, pastor, Bombofo)

A título de exemplo, das 108 frequências relativas ao mosquitos 28 recorreram ao desenvolvimento do argumento inicial da água estagnada e um interlocutor mencionou a má conservação da casa, para se referir à entrada de mosquitos por buracos que pudessem existir nas paredes.

O questionamento da adequabilidade dos instrumentos e o registo e recolha de informação para além das categorias constantes nos guiões e questionários alerta-nos para os enviesamentos apontados pelos investigadores. Esta constatação, transversal a todos os que foram contactados, questiona a adequação dos instrumentos de recolha de dados quantitativos e o modo como a diversidade da experiência e discursos dos meus interlocutores podem, nesse instrumento, ser incorretamente conciliados. A desconsideração destes dois elementos refletir-se-ia negativamente nos dados apresentados, subvalorizando os conhecimentos dos entrevistados.

9.1.3 Práticas de prevenção da malária

Este subcapítulo debruça-se sobre as práticas de prevenção da malária. Algumas delas remetem-nos para o período pré-colonial, altura em que a expurgação com base em plantas e alimentos era uma prática recorrente, como foi, anteriormente, referido. Esta análise não inclui os rituais de proteção espiritual, visto estarem mais relacionados com as “doenças da tradição” e feitiçaria. Os entrevistados afirmaram ter recorrido, várias vezes, a medidas para a eliminação de mosquitos, a par das de prevenção da malária.

A compreensão das medidas de prevenção estaria incompleta se não fosse feita a reflexão sobre o uso de redes mosquiteiras e sobre a adesão às atividades de pulverização intradomiciliária⁶, dado que alguns dos interlocutores não referiram estes dois métodos na resposta relativa às medidas de prevenção da malária. Importa saber se estas diferenças são justificadas pela relativa discrepância entre os conhecimentos e as práticas e, em particular, pela familiaridade com os mosquitos ou se estes dois procedimentos são subvalorizados face à realização de outras práticas locais de prevenção. Nenhum dos entrevistados referiu o Tratamento Intermitente Preventivo como forma de prevenção da malária⁷.

⁶ Ver subcapítulo 9.2.1 e 9.2.2.

⁷ Gross *et al.*, 2011: 9; Pell *et al.*, 2013: 5.

Ao serem questionadas sobre as suas práticas preventivas da doença, o número de pessoas que referem recorrer à rede mosquiteira é cerca de metade em comparação com os resultados daquelas que respondem que a usam ou já a usaram (76 pessoas e 153 respetivamente). Deste universo de utilizadores, 60 declararam ter comprado a sua rede⁸.

Quando analisadas as respostas por grupo de inquiridos, os curandeiros⁹ são o corpo com menor frequência de respostas, seguido pelos pastores e pelos restantes inquiridos.

Quadro 9.2 – Respostas múltiplas sobre práticas de prevenção da malária

	Pastores	Homens e Mulheres	Curandeiros	Total
Usa/já usou rede mosquiteira (Q.6)	20	42	14	76
Não refere rede mosquiteira na Q. 6, mas afirma usar/ter usado rede mosquiteira na Q. 12	16	41	20	77
Comprou a rede mosquiteira	14	27	19	60
Não responde	6	5	0	11
PIDOM (Q.6)				
PIDOM (Q.6)	0	4	2	6
Não refere PIDOM na Q.6, mas afirma ter aceite a atividade na Q.13	40	76	35	151
Não sabe se pulverizaram	0	4	0	4
Não responde	6	5	0	11
Cuidados de higiene com a casa e quintal				
Cuidados de higiene com a casa e quintal	16	23	10	49
Consumo de água limpa e cuidados com água				
Consumo de água limpa e cuidados com água	2	7	2	11
Fumigação				
Fumigação	2	5	3	10
Higiene pessoal				
Higiene pessoal	3	3	1	7
Baygon / Espiral de Fumo (coils)				
Baygon / Espiral de Fumo (coils)	1	5	0	6
Cuidados de higiene com os alimentos				
Cuidados de higiene com os alimentos	0	2	3	5
Comprimidos do hospital				
Comprimidos do hospital	2	0	2	4
Procura de sombra e evitar exposição solar				
Procura de sombra e evitar exposição solar	0	4	0	4
Uso de repelente				
Uso de repelente	1	2	0	3

⁸ Ver também Abate *et al.* (2013: 3); Aderaw e Gedefaw, 2013: 4; Udonwa, Gyuse & Etokidem, (2010: 3); Singh, 2014.

⁹ Ver também Gessler *et al.* (1995: 125).

Consumo de anti-maláricos	1	1	1	3
Higiene com a roupa	0	2	0	2
Fecho de portas e janelas ao entardecer	0	2	0	2
Consumo de remédio tradicional	0	0	2	2
Consumo de mistura de cinza, sal e açúcar	2	0	0	2
Não partilha de água e comida	0	1	0	1
Distância entre o curral e a habitação	0	1	0	1
Evitar o contacto das crianças com a lama	0	1	0	1
Uso de roupa com mangas compridas	0	1	0	1
Uso de plantas piladas espalhadas pelo quintal	0	0	1	1
Ter uma alimentação adequada	1	0	0	1
Ter uma casa de alvenaria	0	1	0	1

A reduzida frequência de respostas que referenciam a PIDOM como uma atividade de prevenção da malária vai ao encontro do desconhecimento da população¹⁰ de que ela está, diretamente, destinada à eliminação do mosquito transmissor da malária, como será, adiante, apresentado nos discursos sobre a adesão e a recusa da PIDOM. Os resultados da presente investigação podem equiparar-se aos reduzidos dados finais de Aderaw e Gedefaw na Etiópia, com 5,37% de respostas (2013: 5). Importa destacar que, noutra local de estudo, também na Etiópia, foram obtidas 78,9% (Abate *et al.*, 2013: 3).

Os restantes métodos de prevenção vão ao encontro das causas relacionadas com o saneamento do meio¹¹, a higiene pessoal e a fumigação¹², recorrendo a vários comburentes, como o capim, as velas, as caixas, as casca de ovos e os caroços de maçaroca.

Nas últimas décadas, a capacidade de adquirir inseticidas aerossóis, espirais de fumo (*coils*) e repelentes aumentou significativamente. Daí que alguns dos inquiridos tenham aludido à sua utilização¹³. No entanto, foram referenciados como um método de prevenção dispendioso. Considerando a exposição solar como a segunda causa de malária com maior número de respostas, as medidas preventivas para a evitar (Shey *et al.*, 2011: 297) foram, igualmente, referidas por

¹⁰ Ver, também, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (2009: 19 [não publicado]).

¹¹ Essé *et al.*, 2008; Deressa *et al.*, 2008: 123; Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2009: 19-20 (não publicado); Udonwa, Gyuse e Etokidem, 2010: 3; Shey *et al.*, 2011: 297; Abate *et al.*, 2013: 3; Mwanje, 2013: 38.

¹² Abate *et al.*, 2013: 5; Mwanje, 2013: 35; Essé *et al.*, 2008: 6; Deressa *et al.*, 2008: 123.

¹³ Mwanje, 2013: 35; Udonwa, Gyuse & Etokidem, 2010: 3; Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 84; Shey *et al.*, 2011: 297; Essé *et al.*, 2008: 6; Singh, 2014; Deressa *et al.*, 2008: 123.

quatro entrevistados, enquanto que a automedicação, através do consumo de antimaláricos¹⁴ que restaram de um tratamento incompleto, foi apontada por três pessoas. Duas outras referiram o fecho de portas e janelas, ao entardecer¹⁵.

Dadas as características das práticas terapêuticas dos dois provedores em análise, vários curandeiros mencionaram o consumo de remédios tradicionais¹⁶ e a sua dispersão pelo exterior da casa¹⁷. Alguns pastores ziones, também, aludiram ao consumo de uma mistura à base de cinza, sal e açúcar.

Em síntese, destaca-se o uso de redes mosquiteiras seguida de práticas locais relacionadas com a higiene pessoal, coletiva e o saneamento do meio como as práticas de prevenção da malária mais referenciadas pelos entrevistados.

9.2 Discursos sobre métodos de prevenção da malária: as redes mosquiteiras e a pulverização intradomiciliária

Este subcapítulo tem como objetivo apresentar e analisar os relatos sobre duas medidas de prevenção da malária: a pulverização intradomiciliária (PIDOM) e o uso de redes mosquiteiras. A decisão de analisar estes dois métodos, em detrimento do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) dirigido às mulheres grávidas, justifica-se pelas características da amostra (indiferente ao género e à idade reprodutiva) e pelo interesse na agência dos atores fora do contexto biomédico.

9.2.1 As redes mosquiteiras

Na África subsariana, estima-se que 54% dos agregados familiares tenham acesso a pelo menos uma rede mosquiteira (OMS, 2013: x). Nos últimos anos, as recomendações da OMS e do *Roll Back Malaria* têm advertido que as populações em risco devem ser protegidas através da PIDOM ou de redes mosquiteiras tratadas com inseticida (piretróide) de longa duração (REMILD) (*Roll Back Malaria*, 2011: 1¹⁸). A opção pelo piretróide impregnado na rede deve ser fundamentada em fatores entomológicos, epidemiológicos e operacionais, na distribuição e den-

¹⁴ Udonwa, Gyuse & Etokidem, 2010: 3.

¹⁵ Abate *et al.*, 2013: 5; Mwanje, 2013: 35; Deressa *et al.*, 2008: 123.

¹⁶ Aderaw e Gedefaw, 2013: 5; Gessler *et al.*, 1995: 125.

¹⁷ Okrah *et al.*, 2002: 244; Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 83; Shey *et al.*, 2011: 297.

¹⁸ De acordo com o *Global Malaria Action Plan* (GMAP) e de modo a alcançar o objetivo principal de, até 2015, atingir um nível quase zero de mortes por malária, a iniciativa Roll Back Malaria propôs-se, até ao final de 2013, alcançar 100% de acesso e utilização de medidas preventivas às populações em risco. Ou seja, "(...) o acesso e utilização de todas as pessoas em risco a redes mosquiteiras tratadas ou o uso de um espaço protegido através da PIDOM e todas as mulheres grávidas em risco receberem pelo menos uma dose do Tratamento Intermitente Preventivo (TIPg), durante o segundo e terceiro trimestres" (*Roll Back Malaria*, 2011: 1-2).

sidade da população anofelina, na sua sensibilidade aos inseticidas (OMS, 2013: 23) e nas dinâmicas de transmissão assentes nas práticas agrícolas, nas alterações ecológicas, nas iniciativas de desenvolvimento e no tipo de infraestruturas do SNS (Yadav, 2014: 198).

Estas recomendações estão espelhadas no Plano Estratégico da Malária 2012-2016, em que o Programa Nacional de Controlo da Malária prevê, até 2014, expandir as intervenções do controlo vetorial (PIDOM, REMILD, controlo larval, pulverização extradomiciliária), com vista ao acesso universal a um dos meios de prevenção (REMILD e PIDOM), a pelo menos 80% da população em risco de contrair a doença (MISAU, 2012a: 26). A combinação destes dois métodos tem por objetivo a redução do ciclo de vida do mosquito (principalmente o endofílico), através da sua eliminação – enquanto repousam nas paredes rociadas ou nas REMILD – e da dissuasão das suas fontes de alimento (Okumu e Moore, 2011: 6; Yadav, 2014: 194).

Esta estratégia foi implementada na província de Gaza, entre 2008 e 2012, onde os distritos, a norte dela, tiveram acesso universal às REMILD. Ou seja, foram distribuídas REMILD suficientes para cobrir toda a população ali residente. Em 2009, Mabalane (no norte da província) foi um dos distritos-piloto desta nova estratégia, sendo testada uma metodologia de envolvimento comunitário e recenseamento de toda a população, de modo a alcançar uma cobertura universal¹⁹. Nos restantes distritos, a PIDOM foi realizada anualmente.

A distribuição de redes mosquiteiras é, provavelmente, uma das estratégias de prevenção da malária com maior difusão e visibilidade. Entre 2007 e 2010, o Ministério da Saúde distribuiu 7,6 milhões de redes tratadas com inseticida de longa duração (REMILD) (MISAU, 2012a: 18) e, em 2011, foram entregues e vendidas 3 244 164 unidades (OMS, 2012: Anexo 4). Vários estudos comprovam a eficácia das REMILD na redução da morbimortalidade por malária e anemia²⁰.

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde recomendou a cobertura universal por REMILD, uma vez que, em contextos com elevada transmissão, existem evidências de que a aplicação combinada de REMILD e PIDOM podem ser mais eficazes na redução do ciclo de vida do mosquito do que o uso de apenas um dos métodos. Para as áreas com elevadas coberturas de REMILD, os inseticidas pire-

¹⁹ Atualmente a metodologia proposta pela OMS atribui uma REMILD por cada duas pessoas (OMS, 2013: 5). No entanto existem outras abordagens que valorizam a necessidade de se realizar um recenseamento populacional e conhecer os padrões de dormida mais comuns de uma determinada sociedade, de modo a calcular o número de redes mosquiteiras a serem distribuídas. Por exemplo, um agregado familiar composto por um casal (pais), dois filhos adolescentes (rapaz e rapariga) e uma avó receberia duas redes mosquiteiras segundo a primeira metodologia. A segunda abordagem pondera que, em termos locais, irmãos adolescentes de sexo diferente não dormem juntos e a pessoa idosa dorme sozinha, a menos que esteja acompanhada de uma criança. Neste caso, a segunda abordagem distribuiria 4 REMILD ao referido agregado familiar.

²⁰ Alonso *et al.*, 1993; Hawley *et al.*, 2003: 125-126; Nyarango *et al.*, 2006: 6.

tróides não deverão ser utilizados na PIDOM, na medida em que irá contribuir para a pressão seletiva devendo, assim, ser utilizado um inseticida não piretróide (OMS, 2013: 3-7). Para evitar o desenvolvimento de resistências, os Programas Nacionais de Controlo da Malária terão de desenvolver atividades de monitoria regulares (OMS, 2013: 7). Estudos sobre esta nova política têm manifestado algum ceticismo²¹, assim como entraves ao seu apoio²².

As redes mosquiteiras tiveram um grande desenvolvimento nas duas últimas décadas, ao nível dos inseticidas impregnados, adequabilidade cultural e resistência dos seus materiais. Nos anos 90, as redes tratadas com inseticida, distribuídas em campanhas massivas dirigidas a menores de cinco anos e a grávidas (Oliveira *et al.*, 2010: 1-2) ou vendidas a preços subsidiados necessitavam de ser retratadas, anualmente, representando um custo adicional para os agregados familiares. Atualmente, estas redes foram substituídas por REMILD, cuja eficácia do inseticida se pode prolongar por sete anos e a sua malha é mais resistente do que as tradicionais redes de poliéster retratadas (Tami *et al.*, 2004: 8).

Em Moçambique, atualmente, são distribuídas, gratuitamente, REMILD para as mulheres grávidas, nas consultas pré-natal. As crianças com menos de cinco anos, consideradas um grupo de risco, poderão receber, pontualmente, REMILD distribuídas por Organizações Não Governamentais. Segundo Grabowsky *et al.*, a primeira estratégia (distribuição a grávidas) alcança coberturas baixas e de modo lento, criando desigualdades no acesso (Grabowsky *et al.*, 2007: 815-816).

Apesar de existirem distritos com acesso universal às REMILD, as discrepâncias entre a posse e a sua utilização continuam a ser significativas. Num estudo realizado nas províncias de Manica e Sofala, durante a realização da campanha de imunização, em setembro de 2005, foram distribuídos *vouchers* para levantamento de uma REMILD, nos dois meses seguintes. Nos inquéritos realizados, 55,1% e 59,6% dos agregados familiares possuíam uma rede mosquiteira, na província de Manica e Sofala respetivamente. Destes resultados, 59,3% e 61,6% dos menores de cinco anos tinham dormido debaixo da rede mosquiteira na noite anterior (Oliveira *et al.*, 2010: 4). Em 2007, o Inquérito sobre os Indicadores da Malária, realizado a nível nacional, expressa esta distinção (ver quadro 9.3), em que menos de 50% dos agregados possuíam uma rede mosquiteira e, destes, apenas 21,3% dos seus membros dormiram debaixo dela na noite anterior à realização do inquérito (Ministério da Saúde, 2009a: 36-39). As crianças (0-4) e as mulheres em idade fértil que tiveram um parto nos últimos dois anos (grupos de risco) registaram valores abaixo da média nacional.

²¹ Okumu e Moore, 2011: 7-8; Nyarango *et al.*, 2006: 127-8.

²² Kleinschmidt *et al.*, 2009: 523; Fullman *et al.*, 2013: 6-8.

Quadro 9.3 – Informação sobre utilização de redes mosquiteiras

	Porcentagem de agregados com uma rede mosquiteira	Dormiram debaixo de uma rede mosquiteira ¹ na noite anterior à realização do inquérito		
		Porcentagem de agregados	Porcentagem de crianças (0-4 anos)	Porcentagem de mulheres (15-49), que tiveram um parto nos últimos dois anos
Urbano	44,7	57,1	28	31,2
Rural	35,2	48,8	20,9	27,2
Província de Gaza	37,3	21,3	7,5	12,3

Fonte: Inquérito Nacional sobre os Indicadores de Malária (IIM-2007) (Ministério da Saúde, 2009a: 36-39).

Outro estudo realizado em quatro distritos²³ da província de Gaza, em 2009-2010, concluiu que 64,8% dos agregados visitados possuíam redes mosquiteiras que foram utilizadas por 29,2% das mulheres grávidas e 38,3% das crianças menores de cinco anos, na noite anterior ao inquérito (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2009: 20).

Em suma, o acesso às REMILD, a cobertura dos grupos de risco (grávidas e crianças menores de cinco anos) e a utilização das redes continuam a registar resultados abaixo das metas propostas pela OMS e dos objetivos do próprio país. Vários estudos procuraram conhecer as barreiras socioculturais identificadas no uso das redes mosquiteiras, de modo a incluir esse conhecimento nas mensagens de educação para a saúde, assim como adaptar as características das redes às comunidades. A bibliografia consultada destaca algumas razões para a recusa e uso irregular ou parcial por parte dos elementos que compõe o agregado, nomeadamente: o surgir de alergias (Mwanje, 2013: 34), o calor e a reduzida circulação de ar²⁴, os constrangimentos financeiros²⁵, a inacessibilidade ao mercado²⁶, a sua cor e formato²⁷, a sua utilização para a pesca e captura de ratos²⁸, a perceção de que o seu uso pode comprometer as futuras gerações²⁹ e, por fim, o recurso à rede mosquiteira apenas quando há mosquitos, durante a época das chuvas³⁰.

Este estudo procurou analisar os testemunhos dos entrevistados sobre as redes mosquiteiras, sem dar especial ênfase aos constrangimentos quanto à sua aceitação

²³ Incluindo o distrito de Mabalane que teve cobertura universal de REMILD, em 2009.

²⁴ Abate *et al.*, 2013: 4; Mwanje, 2013: 48; Ndjinga and Minakawa, 2010: 3.

²⁵ Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 84; Brentlinger *et al.*, 2007; Oliveira *et al.*, 2010: 5; Chase *et al.*, 2009: 7-9; 108; Chuma *et al.*, 2010: 5.

²⁶ Chuma *et al.*, 2010: 5; Chuma *et al.*, 2010: 9; Mwanje, 2013: 45.

²⁷ Chuma *et al.*, 2010: 7-8; Ndjinga e Minakawa, 2010: 3.

²⁸ Chuma *et al.*, 2010: 7-8; Udonwa, Gyuse & Etokidem, 2010: 2.

²⁹ Ndjinga and Minakawa, 2010: 3; Chuma *et al.*, 2010: 8.

³⁰ Okrah *et al.*, 2002: 244; Oliveira *et al.*, 2010: 7.

e aquisição. Como foi apresentado no ponto 10.1.3 sobre as práticas de prevenção da malária, as redes mosquiteiras são, amplamente, conhecidas entre os interlocutores, sendo as cheias de 2000 o evento que demarca o início da sua utilização de modo massivo. Foi, frequentemente, mencionada a sua distribuição gratuita e a transmissão de mensagens de saúde preventiva por parte das voluntárias da ONGI *World Relief*, através do projeto designado Vuronga. Alguns dos inquiridos referiram, igualmente, que as redes mosquiteiras que possuíam remontavam ao período em que elas eram adquiridas, nos centros de saúde, a um preço subsidiado e que era necessário fazer o seu retratamento regular.

A maioria dos entrevistados sabe que a política nacional privilegia as mulheres grávidas e as crianças, que recebem as redes mosquiteiras de forma gratuita, nos centros de saúde ou através de algumas ONG (ver subcapítulo 5.10) e enfatizaram que essa estratégia discriminava os outros adultos que não se enquadravam nesse perfil.

“(...) há uma parte do governo que falha, porque só dá redes mosquiteiras às mães grávidas e crianças. E eu, que não faço filhos, como é que vou escapar do mosquito?! Eu é que fiz estes filhos que têm direito à proteção. Há uma falha do governo. Agora não tenho rede, nem uso.” (#205, curandeiro, Hókwè)

Face a esta discriminação positiva dos grupos de risco, um número significativo de respondentes (35%) referiu que, habitualmente, comprava as suas redes mosquiteiras no mercado ou aos vendedores ambulantes³¹. Estas conclusões reforçam os resultados obtidos no Inquérito Nacional dos Indicadores da Malária, em 2007, em que as redes mosquiteiras reportadas (respostas múltiplas) provinham, principalmente, do sector comercial (47,3%), sendo adquiridas nos mercados (66,9%), junto dos vendedores ambulantes (19,4%), em lojas e farmácias (13,7%) e, seguidamente, no sector público (40,0%) (MISAU, 2009a: 34). Noutro estudo realizado no sul de Moçambique, a vontade de pagar estava dependente da escolaridade formal, do conhecimento da existência de redes no mercado e do uso de métodos alternativos de prevenção (Chase *et al.*, 2009: 7).

Várias pessoas referiram que enfrentavam dificuldades financeiras para a compra de uma rede mosquiteira, justificando, assim, o seu não uso, no momento em que a entrevista foi realizada.

“(...) Eu tinha uma rede mosquiteira que obtive no centro de saúde e os ratos roeram a rede antes de eu a usar. Agora, como não tenho dinheiro, não tenho como comprar.” (#41, mulher, Changulene)

³¹ Ver, também, Nyarango *et al.* (2006: 6).

Figura 9.1 – Rede mosquiteira pendurada dentro de uma das casas visitadas



Também, foi declarado por vários interlocutores o uso da rede apenas quando há mosquitos, principalmente na época das chuvas³², em que a densidade vetorial e o risco de transmissão são maiores.

À semelhança de outros estudos, foram testemunhadas situações de desvios das redes mosquiteiras para a pesca (tendo sido observadas estas práticas durante as inundações de Janeiro de 2012), para a cobertura de latrinas e para a proteção das árvores e canteiros dos cabritos.

Em suma, as redes mosquiteiras são uma medida de prevenção da malária com uma boa aceitação por parte dos entrevistados, principalmente durante a época das chuvas, em que a densidade vetorial é maior. Apesar da sua aquisição nos canais comerciais ser uma prática instituída em alguns dos agregados visitados, o elevado custo das mesmas e a distribuição gratuita apenas aos grupos de risco foram apresentados como uma barreira à sua utilização.

³² Só estando em Chókwè durante a época das chuvas é que conseguimos compreender o impacto da presença dos mosquitos no nosso dia-a-dia. Elevadas temperaturas durante a noite (25°C-30°C) e o esforço por usar calças e camisolas de mangas compridas, adicionando-lhes uma camada de repelente, não evitavam as picadas dos mosquitos. Sempre que pernoitávamos nas aldeias rodeadas pelo regadio, em que os mosquitos faziam nuvens por cima das nossas cabeças, o entardecer era passado na rua, a conversar, sentados numa esteira, a preparar o jantar ou as refeições para o dia seguinte, a ouvir música ou a jantar. À semelhança do que acontece durante o dia, a cozinha e a sala de estar são o quintal, onde todos cabem. Quando os adultos decidem ir dormir, porque entretanto as crianças já adormeceram na esteira, é nesse momento em que as redes mosquiteiras, caso existam e sejam utilizadas, poderão ser montadas, depois de já terem passado várias horas de exposição aos mosquitos, no exterior. Noutras circunstâncias e porque o calor é insuportável, dorme-se fora das casas, com ou sem rede.

9.2.2 A Pulverização intradomiciliária (PIDOM)

Em Moçambique, as atividades da PIDOM tiveram o seu início no ano de 1946³³ com a introdução do DDT e BHC. Jessica Dionne, no seu estudo sobre os trabalhadores da malária, no sul de Moçambique, durante o final do período colonial, descreve as várias funções desempenhadas por estes funcionários do Ministério da Saúde (Dionne, 2011: 130-145), tendo constatado existir um grande paralelismo com o atual modo de implementação da PIDOM. Esta atividade consiste na aplicação de um inseticida de longa duração nas paredes interiores de uma habitação (rociamento), de modo a eliminar os mosquitos adultos que aí existam ou repousem nas paredes. Em 2012, 88 países, dos quais 40 situados do continente africano, recorreram à pulverização intradomiciliária (OMS, 2013: x-xii) e, destes, 9 utilizaram o DDT (OMS, 2013: 26).

Em 2010, a PIDOM foi realizada em 62 distritos, cobrindo 64% da população total (MISAU, 2012a: 18), indo ao encontro do objetivo que definia que, até 2014, 80% da população deveria ter acesso a um dos métodos de prevenção da malária, no âmbito da estratégia de gestão vetorial integrada (MISAU, 2012a: 26). Em 2012, a cobertura da PIDOM era de 10% para os grupos com elevado risco (OMS, 2013: 77).

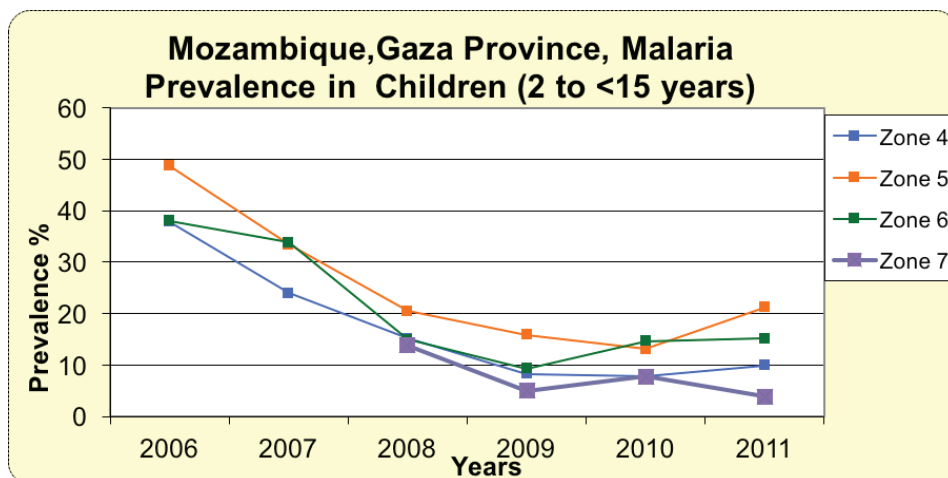
A PIDOM é considerada pela OMS como uma intervenção primária na redução ou interrupção da transmissão da malária para coberturas iguais ou superiores a 80%, nas comunidades abrangidas pela atividade (OMS, 2006b: 3). Os resultados mais imediatos da PIDOM referem-se ao encurtamento do ciclo de vida dos mosquitos e à redução da densidade vetorial, atuando de três modos no vetor endofílico: repele o mosquito (contato físico com o inseticida inexistente), provoca irritação (depois do contacto com o inseticida) ou elimina-o de um compartimento. Estes três efeitos atuam de modo significativo na diminuição da transmissão do parasita e, consequentemente, no número de casos de malária reportados, tal como está expresso na Figura 9.2.

De acordo com Kolaczinski *et al.*, a PIDOM, para ser eficaz, deve ser realizada com elevadas coberturas e qualidade, particularmente em contextos de elevada transmissão. Os mesmos autores destacam, como fatores importantes, a motivação e profissionalismo dos trabalhadores envolvidos, a permanente operacionalidade do equipamento, o apoio logístico, a fácil disponibilização dos fundos, a elevada aceitação pela comunidade e as boas acessibilidades às aldeias por estrada (Kolaczinski *et. al.*, 2007: 853). Pela análise constante no subcapítulo 5.9 em relação aos trabalhadores envolvidos nesta atividade, aos desafios de finan-

³³ Ver capítulo IV.

ciamento do SNS, aos testemunhos sobre os fatores de adesão e não adesão à PIDOM, assim como à experiência de aceder às aldeias do distrito, concluiu-se que o quadro apresentado por Kolaczinski nos remete para uma realidade muito distinta da que encontramos, atualmente, no distrito de Chókwè e na maioria dos distritos com características rurais. No entanto, na campanha da PIDOM de 2011-2012 foram reportadas coberturas médias de 82%-85% (#25, 23.05.2012).

Figura 9.2 – Prevalência da malária em crianças entre os 2 e os 15 anos, na província de Gaza. A zona 4 corresponde ao distrito de Chókwè.



Fonte: Cortesia da DPS – Gaza.

Os inseticidas advêm de quatro grupos químicos, nomeadamente os organoclorados (DDT), os piretróides³⁴, os organofosfatos³⁵ e os carbamatos³⁶ (OMS, 2006b: 10). A utilização de DDT foi banida, sendo o único poluente orgânico persistente utilizado exclusivamente em saúde pública, estando esta aplicação regulada pela Convenção de Estocolmo (2001).

Segundo a OMS, a seleção dos inseticidas deve ser baseada em evidências, designadamente ter em consideração se os vetores de uma determinada região são reativos ao químico selecionado (monitoria da resistência e da alteração do

³⁴ Os piretróides possuem um efeito de imobilização rápida do mosquito e existem algumas opções para a sua utilização em atividades de controlo da malária.

³⁵ Estes inseticidas são altamente tóxicos, mas o *pirimiphos-methyl* encontra-se entre aqueles que possuem uma baixa toxicidade, não causam a erosão dos bicos das bombas e não deixam marcas nas paredes, sendo, por isso, recomendados para atividades de PIDOM (MISAU, 2005: 12).

³⁶ “(...) O bendiocarb (FICAM) não tem propriedades corrosivas e não deixa marcas nas paredes. Em superfícies não absorventes pode ser usado em dose baixa, mas em superfícies porosas são requeridas doses altas. A sua persistência em superfícies à base de material orgânico é longa, mas muito curta em superfícies alcalinas” (MISAU, 2005: 12).

comportamento vetorial induzido pelo inseticida³⁷), se é considerada a segurança dos humanos e do ambiente, se é tida em conta a aceitação social (MISAU, 2005: 10) e se a relação custo-eficácia do inseticida é cabível (OMS, 2006b: 4-6).

No que se refere ao desenvolvimento de resistências aos inseticidas, no distrito de Chókwè foi realizado um estudo que as identificou em relação a piretróides e a carbamatos, em dois locais onde a informação foi recolhida (Casimiro *et al.*, 2007: 4).

Cabe ao Ministério da Saúde, em particular ao Programa Nacional de Controlo da Malária, decidir quantos ciclos de pulverização devem ser realizados por ano e quais os distritos onde ela deve ocorrer. Esta decisão tem em conta o tipo de transmissão existente no país (transmissão anual estável, com um incremento após a estação das chuvas), o inseticida utilizado, a sua duração e, por fim, o financiamento e/ou orçamento disponível (entre MISAU e outras fontes) para esta atividade.

Figura 9.3 – Cargas de inseticidas utilizados na PIDOM e expostas ao público³⁸, no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Malária, em Chókwè, a 30 de Abril de 2011



³⁷ Ver resultados de estudos realizados em Moçambique (Casimiro *et al.*, 2006; Casimiro *et al.*, 2006a; Casimiro *et al.*, 2007; Coleman *et al.*, 2008; Abílio *et al.*, 2011).

³⁸ Nesta exposição, foram, também, apresentados métodos de prevenção tradicionais da malária, como as folhas de cacana, mafureira, canhú e eucalipto para serem queimadas, assim como cascas de ovo e fezes secas de gado bovino.

Desde 2000 que as políticas de prevenção da malária têm sido polarizadas entre as posições pró-PIDOM e pró-redes mosquiteiras. Os profissionais do Programa Nacional de Controlo da Malária não são alheios às opções e pressões de outros grupos de interesse, nomeadamente agências bilaterais e multilaterais, centros de pesquisa, indústria, algumas ONG e investigadores que procuram destacar as vantagens e riscos de um método em detrimento do outro. De modo exemplificativo, Cliff et al. apresentam o caso da *Medical Research Council*, cujos investigadores viriam a integrar o *South African Medical Research Council* e a reforçar as políticas pró-PIDOM, assim como o seu papel na constituição da *Lubombo Spatial Development Initiative* (LSDI), num momento em que há um incremento do financiamento disponível para o controlo da malária, através do Fundo Global (Cliff et al., 2010: 376-378). Por outro lado, os mesmo autores destacam a posição de algumas ONG pró-redes mosquiteiras, justificando a sua incapacidade na implementação da PIDOM (Cliff et al., 2010: 378).

A PIDOM é uma atividade que envolve muitos recursos financeiros, primeiramente aplicados à aquisição do inseticida (29%-45% do orçamento global da atividade), gestão (16% a 21%), recursos humanos (14% a 17%), equipamentos e veículos (9% a 13%), entre outros (Conteh et al., 2004: 129). A seleção do inseticida pode representar uma elevada variabilidade nas despesas. O estudo de Conteh apresenta-nos o custo económico³⁹ para uma zona rural do sul de Moçambique de \$2,77 por pessoa para o DDT, \$3,00 para o ICON (Piretróide), \$5,50 para o Proxupor (substituto do DDT) e \$4,80 para o FICAM (Carbamato) (Conteh et al., 2004: 130).

Neste sentido, o DDT é o inseticida com melhor custo-eficácia (duração do efeito residual e custo), podendo ter um efeito entre 6 a 12 meses, em comparação com os restantes inseticidas que possuem um efeito residual menor – entre 2 a 6 meses (OMS, 2006b: 6). Se articularmos o custo dos inseticidas com a nova política da OMS de acesso universal às REMILD (e combinação entre REMILD e PIDOM), concluímos que, no distrito de Chókwè onde estão registadas resistências a piretróides e a carbamatos, as atividades da PIDOM deveriam recorrer maioritariamente ao DDT e a carbamatos (nos locais onde não existem resistências registadas a este grupo químico), uma vez que o uso de piretróides é desaconselhado por integrar a composição das REMILD.

O debate internacional sobre o recurso ao DDT em países onde a malária é endémica fundamenta-se na posição favorável do seu custo e longa duração⁴⁰, partindo da premissa que a sua utilização é segura em termos de saúde pública⁴¹ e que a contaminação ambiental é extremamente restrita (Shiff, 2002: 289).

³⁹ Os custos económicos não incluem os ganhos ao nível da saúde.

⁴⁰ Packard, 2007: 164; Sibanda et al., 2011: 10.

⁴¹ OMS, 2011: 16, 25, 86-87, 103, 121, 127.

Põe-se em dúvida se estes países estarão reféns da seleção do DDT devido ao seu custo-eficácia ou se optariam por outros inseticidas (Roberts *et al.* 1997: 301). Anne McGinn questiona: “*in order to control a disease, why should we poison our soils, our waters, and ourselves?*” (McGinn, 2002: 7), enfatizando os efeitos da bioacumulação do DDT no meio ambiente, amplamente reportados no últimos 40 anos⁴². Estudos em contexto de prolongada exposição apontam para a poluição por DDT encontrada no ar, solos e animais (galinhas), com concentrações superiores às orientações da OMS (Van Dyk *et al.*, 2010: 7).

Experiências que procuram medir o impacto das alternativas ao DDT, também, têm sido realizadas. Entre 2003 e 2008, oito países da América Latina (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá), em 202 comunidades, implementaram um programa regional que explora as alternativas sustentáveis ao DDT nas atividades de controlo vetorial. Em termos globais, houve uma redução média de 63% dos casos de malária (em El Salvador constataram-se localidades com uma diminuição de 100%)⁴³ e 86,2% dos casos de malária por *P. falciparum* (PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 53). Em termos do controlo vetorial integrado, recorreram à destruição dos criadouros de mosquitos através de peixes larvicidas e bactérias, à distribuição pontual de redes mosquiteiras e ao uso da pulverização intradomiciliária com piretróides (PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 31). O relatório final destaca que a participação social e o envolvimento comunitário foram o eixo central deste programa regional (PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 32-36).

As estratégias de controlo vetorial adotadas por um país e a qualidade e continuidade do seu desempenho não influenciam, apenas, dentro dos limites da sua implementação, mas estendem-se à região em que estão inseridos. A África do Sul e a Swazilândia são países considerados de baixa transmissão da malária, com algumas áreas livres da doença. O caminho para a sua anulação, de acordo com a Iniciativa Regional Eliminação 8 (E8) (OMS, 2013: 58), é interdependente das atividades e resultados do controlo da enfermidade, alcançados em Moçambique (#23, 25.04.2011).

9.2.2.1 A implementação

O recurso à pulverização Intradomiciliária apresenta vários desafios logísticos, humanos e operacionais. Entre eles, destaca-se o facto de cada distrito recrutar rociadores, chefes de equipa e chefes de brigadas que, posteriormente, são formados em regime de internato, durante vários dias, idealmente durante o mês

⁴² O’Shaughnessy, 2008: 1940-1946.

⁴³ PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 13.

de setembro, para que a campanha possa decorrer antes do início da época de elevada transmissão (#25, 23.05.2011). Para além das questões organizacionais e remuneratórias referidas no subcapítulo 5.9, toda a campanha requer um elevado grau de organização e monitorização diária dos resultados.

A campanha de PIDOM dura 90 dias e é executada por rociadores locais (recrutados nas aldeias onde residem) e por outros que, diariamente, são deslocados da cidade de Chókwe para a aldeia onde a atividade foi desencadeada. Os chefes de brigada, chefes de equipa e o supervisor distrital que a superintendem garantem que todos os rociadores têm cargas de inseticida suficientes para cumprirem o seu plano de trabalho, assim como equipamento de proteção completo. No final do dia, ou dias, apresentam a sua folha de serviço com o número e localização dos compartimentos pulverizados, tendo em vista a comparação com o número de cargas de inseticida entregues.

Dado o elevado grau de toxicidade desses químicos, os rociadores são industriados para estarem totalmente cobertos com equipamento de resguardo – fato-macaco, chapéus de aba larga, luvas, botas, máscaras e visores. A proteção é necessária, sempre que manuseiam as bombas e as cargas de inseticida, no momento em que as transportam e quando realizam a sua manutenção e lavagem.

Figura 9.4 – Rociadores equipados durante o lançamento da campanha da PIDOM, distrito do Guijá, aldeia 7 de Abril, a 1 de Agosto de 2011



Quando um rociador chega a uma habitação, espera-se que os residentes já tenham sido informados da pulverização pelas autoridades locais, para estarem presentes e retirarem, para o exterior, todos os alimentos, roupas, utensílios de cozinha e água. O mobiliário mais pesado deve ser colocado no centro da divisão, devidamente tapado, de modo a que as paredes estejam livres para poderem ser rociadas. Por motivos de segurança, todos os animais domésticos devem estar presos, de modo a não ingerirem nenhum outro animal que possa ter escapado da casa e morrido com o inseticida. Os compartimentos devem permanecer fechados e desabitados durante duas horas (mínimo), após as quais, um adulto deve abrir as janelas e portas, procedendo, posteriormente, à sua limpeza e enterrando o lixo recolhido.

9.2.2.2 Discursos sobre a PIDOM: fatores de adesão e críticas

A pulverização intradomiciliária não é uma atividade nova para a população do distrito de Chókwè, uma vez que remonta ao período colonial e, atualmente, tem vindo a ser realizada, desde o ano de 2006. Durante o trabalho de campo, todos os interlocutores sabiam a que processo de pulverização nos referíamos, ideia, igualmente, partilhada por vários dos meus informantes qualificados.

Apesar dos interlocutores questionarem alguns resultados da PIDOM, a maioria aceita a sua realização⁴⁴ e reconhece as suas vantagens.

“(...) Este ano, ainda não fizeram a pulverização, mas, nos anos passados, já pulverizaram. Mesmo eu procurei saber porque é que o pessoal da pulverização não apareceu. Têm ajudado muito. Sempre que há campanha, permaneço em casa, para pôr as coisas no bom sítio.” (#112, curandeiro, Maloluané)

No entanto, esta análise destaca que o saber-se da existência dessa atividade e do seu modo de implementação não pressupõe o conhecimento do motivo biomédico pelo qual ela ocorre. Muitos dos meus interlocutores referiram que a PIDOM é realizada para eliminar um conjunto de insetos, em que se incluem os mosquitos, as baratas, as pulgas (Kaufman *et al.*, 2012: 9) e, ainda, pequenos répteis e roedores. Ou seja, não existe um entendimento imediato de que o rociamento das paredes interiores com inseticida se destina, diretamente, à eliminação do mosquito *Anopheles*, que transmite a malária.

“(...) Já pulverizaram e o remédio é bom. Mata baratas, formigas e outros insetos.” (#192, mulher, Manjangue).

⁴⁴ Beisel, 2010: 155; Munguambe *et. al.*, 2011: 6; Kaufman *et al.*, 2012: 2.

Apesar das críticas ao reduzido efeito residual sobre os mosquitos, mantém-se o reconhecimento e o interesse no controlo de outras pestes⁴⁵.

Como foi referido, a PIDOM destina-se à eliminação dos mosquitos *Anopheles* responsáveis pela transmissão da malária, tendo um efeito residual diminuto na eliminação de outros mosquitos, nomeadamente o *Culex*. Ou seja, no período que se segue à PIDOM, a transmissão da malária dentro de casa pode ter sido reduzida, mesmo que as pessoas continuem a constatar um elevado número de mosquitos (provavelmente *Culex*) (ver quadro 9.3). Apesar do risco de transmissão ser menor, a perceção da eficácia desta medida para a eliminação geral dos mosquitos é, constantemente, contestada.

A participação numa atividade de monitoria entomológica, através da técnica *flit*,⁴⁶ durante a época das chuvas, foi bastante esclarecedora da relação entre o número de mosquitos *Culex* e os *Anopheles* fêmeas.

Os resultados obtidos durante esta operação demonstram que a existência de mosquitos numa casa não implica o insucesso da PIDOM, uma vez que ela se destina, especificamente, à eliminação dos *Anopheles*.

Figura 9.5 – Mosquitos recolhidos num compartimento, após a utilização do método *flit* (esquerda). Compartimento a ser preparado para a monitorização entomológica com o mesmo método (direita), Fevereiro de 2012.



A maioria dos participantes nestes estudo são recetivos à PIDOM e, atendendo ao que foi exposto no subcapítulo 5.9 e às condições de sucesso sugeridas por Kolaczinski *et al.* (2007: 853), considera-se que a justificação das reduzidas cober-

⁴⁵ Ver também Rodríguez *et al.* (2006: 322).

⁴⁶ Método apropriado para avaliar a densidade de anofelinos endofílico, que consiste no fecho de todas as janelas, portas e buracos que possam existir num compartimento, seguido da cobertura do chão com um lençol branco e aplicação de um *spray* piretróide. Passados alguns minutos, recolhem-se os mosquitos caídos no lençol. Com a total participação e consentimento dos proprietários das casas, as equipas preparavam os compartimentos das casas, aplicavam o *spray* e esperavam alguns minutos. Seguidamente, com uma pinça, recolhiam todos os mosquitos que caíam no lençol para uma caixa circular transparente, para que eles fossem, de seguida, enviados para laboratório e feita a sua identificação entomológica, recorrendo ao microscópio.

turas não deve cingir-se à crítica superficial de que a “população desconhece” ou a “população é difícil”, diversas vezes referida ao longo da nossa permanência em Moçambique. A análise do papel das várias partes envolvidas nesta atividade, fatores estruturais ligados ao financiamento, assim como os conhecimentos e práticas que emergem da sucessiva realização destas campanhas permitirão uma noção mais profunda da realidade em que esta desinfestação é realizada.

Quadro 9.3 – Número de mosquitos recolhidos por tipologia, em diferentes casas visitadas

	Nº total de mosquitos	Nº total de Anopheles	Nº total de Anopheles-fêmeas
1ª Casa	9	1	1
2ª Casa	3	3	2
3ª Casa	14	10	7
4ª Casa	19	4	3
5ª Casa	8	3	3
6ª Casa	8	3	3
7ª Casa	12	9	8
8ª Casa	5	1	4
9ª Casa	1	1	1
10ª Casa	7	5	4

A sua elevada aceitação surge, também, associada a um grande ceticismo e a múltiplas críticas, que demonstram as racionalidades que emergem desta experiência. Os interlocutores reconhecem a validade da PIDOM, mas não deixaram de questionar o seu reduzido efeito residual, os efeitos secundários e o aumento de baratas e pulgas⁴⁷ que se verificou nas suas casas, após a pulverização.

“(…) Já pulverizaram 2 vezes. Tiro tudo para fora e fazem a pulverização. Mais tarde, é que meto todas as coisas dentro de casa. Depois da pulverização, enche-se [a casa] de baratas e provoca muita tosse. Levas alguns dias e depois desaparece.”
(#69, pastor, Machua)

⁴⁷ Sobre o efeito do DDT no aumento da mobilidade deste parasita externo, ver Rafatjah (1971: 1-5).

Vários testemunhos sobre os efeitos secundários na saúde⁴⁸ dos residentes, também, constituem um fator de recusa.

“(…) Depois de fumigar, marcaram as horas em que tinha de abrir e deixar a porta aberta. Controlei as horas. Quando eram 17 e qualquer coisa, comecei a fazer a limpeza para entrar. Só que, depois dali, fiquei com comichão, toda a cara estava a arder. Então eu preferi não meter mais, porque só tenho uma única casa, não é? Que durmo lá... os meus filhos também. «Mamã, está a arder, está a aquecer». Então preferi não pôr mais. Nem fomos ao hospital por sabermos que era por causa daquele medicamento, mas eu preferi, mesmo, não pôr mais.” (#153, mulher, 1.º bairro da cidade de Chókwe)

Outros argumentos relacionam-se com o desempenho dos rociadores, nomeadamente a diluição do inseticida (Kaufman *et al.*, 2012: 13) e o seu o desvio para uso agrícola.

“(…) As pessoas que fazem a pulverização metem água e vendem o medicamento e escondem. Como vem nas caixinhas, tiram o medicamento do pacote e mergulham apenas o papel. Põe água e vendem o medicamento para outra pessoa. Podem sair com 20 pacotes mas vendem 15. Só este ano é que resultou, porque o medicamento estava a funcionar. As pessoas que compram usam o remédio na machamba. Na planta do tomate para as minhocas não consumirem as plantas. Mais tarde, quando o tomate está maior, utilizam fertilizante.” (#19, homem, Lionde)

A existência de casos de desvio de inseticida foi referida por vários líderes comunitários. Alguns residentes, por desconfiarem que o químico podia estar demasiado diluído, recusavam participar na atividade, a menos que testemunhassem a sua colocação na bomba.

“(…) Por isso, quando a pessoa chega à minha casa, dou-lhes água. E digo-lhes que o remédio que ele tem só dá para uma casa, aqui deve pôr outro remédio. E, se eles fazem a pulverização com a mesma quantidade de remédio que restou noutra e vai para outra casa sem ter posto outro remédio, provocará muitas baratas, porque o remédio que colocarão já não terá força. Por isso, sempre que chegam na minha casa, eu exijo que ponham o remédio ou façam a mistura do remédio na minha presença. E começam a pulverização, em todo o sítio da casa, até nas latrinas.” (#143, curandeira, 5.º bairro da cidade de Chókwe)

Existe um manual para os rociadores com instruções detalhadas sobre o modo de utilização de inseticidas durante a PIDOM, em especial o DDT, sobre a sua aquisição, transporte, armazenamento, controlo e destruição. No entanto, o desvio desses

⁴⁸ Rodríguez *et al.*, 2006: 320-321; Rodrigues, 2009: 33; Kaufman *et al.*, 2012: 6-7.

químicos é uma realidade e a sua aplicação na agricultura é um dos riscos existentes, principalmente no que se refere à utilização de DDT, uma vez que ele está proibido para fins agrícolas, devido ao elevado grau de toxicidade e aos seus efeitos de bioacumulação. Neste caso particular, foi referido o desvio e a venda de inseticida sem qualquer referência ao tipo e marca. No entanto, um informante qualificado esclareceu que o FICAM (carbamato) estaria a ser utilizado para casas de alvenaria e o DDT para as restantes.

O recurso aos pesticidas agrícolas para o rociamento das casas, de forma independente e individual, foi, também, mencionado, ao longo do trabalho de campo (Kaufman *et al.*, 2012: 5).

Por último, importa analisar as estratégias compulsórias utilizadas por alguns líderes comunitários. As campanhas de pulverização intradomiciliária são consideradas uma estratégia primordial para o controlo da malária, em Moçambique, e os meios financeiros e logísticos envolvidos originam que as coberturas sejam elevadas. Apesar da aceitação cética e crítica desta atividade, existem pessoas que recusam a sua realização, confrontando, diretamente, as equipas de pulverização ou, simplesmente, ausentando-se do seu domicílio, quando elas passam pelo bairro (Dionne, 2011: 163).

Mediante o peso das recusas nos dados das coberturas, várias situações podem ocorrer, de acordo com o tipo de liderança comunitária e a existência de um técnico de saúde naquela aldeia. Em alguns casos, foi referida a sua participação na mobilização e esclarecimento das famílias que recusam a atividade.

“(…) A pulverização não correu bem, porque muitas das casas não aceitavam. E tentei saber os porquês, numa reunião, e responderam que era a forma deles pulverizarem. Eu chamei esses rociadores para saber se os bicos deles não estão em condições, porque diziam que, quando vão pulverizar, sujam a casa, em vez de limpar, porque aquele bico, quando está bem, (...) tem de usar o produto e não sujar. Por isso, abandonavam muito. Falei com eles e acho que minimizaram, porque, daí até aqui, já vai duas semanas e não vieram dizer nada.” (#97, provedor biomédico)

Noutros casos, a participação dos líderes comunitários quer com uma abordagem mais compreensiva quer sancionatória levava ao cumprimento, na íntegra, desta “atividade do governo”.

“(…) Aquele remédio mata certos insetos como baratas, ratos e aumenta pulgas e insetos. Quase que não vejo utilidade nesse remédio. Uns aceitam, outros não. Como é a obrigação do governo, acabam aceitando. Para aqueles que não aceitam, o governo aparece na casa deles e, por medo, eles sempre dizem que não estavam em casa e abrem as portas para pulverizar.” (#110, mulher, Mapapa)

Dada a insuficiente mobilização comunitária, educação e esclarecimento, os técnicos dos centros de saúde têm um papel central por saberem dar resposta às dúvidas da população e devido à proximidade e confiança com alguns residentes.

Sendo uma atividade de adesão voluntária, a imposição da pulverização intradomiciliária, por medo, sanção⁴⁹ ou autoridade não resolve a questão que subjaz à sua recusa. Pelo contrário, perpetua dúvidas quanto à motivação, implementação e resultados esperados pela realização da PIDOM.

“(…) Não sei se o remédio é bom ou não, já que são os chefes que dizem que devemos abrir as portas para pulverizarem. Nem sei porque que fazem a pulverização. Eles dizem que é para matar ratos, baratas, mas o que acontece é que eles só sujam as paredes. Mesmo depois de ter pulverizado, as baratas e ratos não morreram. Nesta semana, matiquei a minha casa porque estava tudo branco.” (#102, curandeira, Cumba)

O cumprimento de uma atividade “da Saúde” ou “do Governo” apresenta-se, aqui, numa interface entre uma instituição que sabe o que é melhor para a sua população (Kaufman *et al.*, 2012: 13; Munguambe *et al.*, 2011: 35-37) e à qual é reconhecida e confiada essa autoridade e, por outro lado, aquela que a impõe e exerce coercivamente, retirando poder de decisão aos indivíduos, contornando os seus conhecimentos e questionamentos, definindo, assim, uma relação de poder, polarizada entre quem decide e quem deve obedecer.

Como foi partilhado por um supervisor distrital, para que a mobilização comunitária tenha sucesso é fundamental que os líderes comunitários tenham sido avisados da data em que a atividade seria realizada, de modo a que garantissem que, pelo menos um residente adulto estivesse presente durante o dia da visita dos rociadores. Isto significa que nem todos podem ir para a *machamba*, para as suas bancas no mercado ou para a sua atividade assalariada. A presença de um adulto é essencial para que a atividade se efetue. Se a informação sobre os dias em que a PIDOM se realiza não chega ao líder da aldeia e, por sua vez, ao chefes dos bairros e, conseqüentemente, aos habitantes, o mais frequente é que toda a gente parta para as machambas e para as suas ocupações profissionais e só regresse depois do meio-dia⁵⁰.

⁴⁹ Ver também Kaufman *et al.* (2012: 11).

⁵⁰ À semelhança das atividades de pulverização, muitas vezes, fomos confrontadas com a ausência de residentes nas aldeias, uma vez que, antes do amanhecer, assim que o sol nasce, uma parte significativa das pessoas se dirige para as suas *machambas*, para iniciar os trabalhos agrícolas. No nosso caso, esta ausência requeria que nos deslocássemos a pé, com uma pequena mochila às costas, entre casas, à procura de residentes. Para os rociadores, implicaria caminhar com uma bomba às costas (que estando cheia de água e inseticida poderia pesar entre 12 a 15kg), um saco onde guardam as cargas de inseticida e outros utensílios e vestidos com um fato-macaco e botas de trabalho.

“(...) Aqui não há problemas, só que, prontos... tem havido problemas, quando não são avisados. Aí, o rociador chega lá e olha que as pessoas não estão preparadas. Por isso, agora, estão a fazer a correção. Já estão a passar por sítios onde passaram e não estava ninguém.” (#124, provedor biomédico)

Vários interlocutores referiam que, por vezes, as suas casas não eram pulverizadas, porque a população não era avisada (Hlongwana *et al.*, 2009: 7; Kaufman *et al.*, 2012: 13). Se o número de habitações por pulverizar fosse residual e a planificação das visitas não pudesse ser alterada, estas casas não seriam tratadas. No entanto, por vezes, o número era significativo. Então, os rociadores regressavam ao bairro ou aldeia para concluírem a operação.

Outro desafio referido sobre a mobilização social prende-se com a colaboração dos líderes comunitários, neste processo, na medida em que eles constituem o elo de ligação entre as instituições governamentais distritais e a população. A sua falta de disponibilidade, interesse e vontade para avisar a população (Dionne, 2011: 161; Hlongwana *et. al.*, 2009: 7), seja porta-a-porta ou através de uma concentração geral, coloca em risco o planeamento e logística desta atividade.

“(...) Contactávamos os líderes e apanhávamos os líderes, aqueles que são mais eficazes e têm mais dinamismo... Então, às vezes, tínhamos dificuldades. Tínhamos de fazer repetições às mesmas aldeias, para ver se conseguíamos fazer a cobertura. Porque, em termos de inseticida, equipamento, nós estávamos repletos... (...). Aí tínhamos de ir falar com os líderes dessas áreas. Por isso, dizíamos que os líderes deveriam ter um estímulo, para eles colaborarem com o programa” (#02, 12.01.2012).

Em suma, apresentaram-se como razões de adesão à PIDOM as boas experiências com as campanhas passadas em que ocorreu uma diminuição de insetos (incluindo mosquitos), pequenos répteis e roedores, o cumprimento de uma orientação do governo e a intervenção e esclarecimento por parte dos líderes comunitários e técnicos de saúde. Por contraste, o ceticismo e algumas recusas foram justificadas pela ausência de uma notificação relativa à realização da operação, pela perceção de que os inseticidas promovem outras pragas, são ineficazes (existindo, mesmo, rumores quanto à sua diluição), têm efeitos secundários ao nível da saúde dos membros do agregado, constata-se desvio dos químicos para venda e as autoridades locais não se envolvem o suficiente.

Síntese

O presente capítulo procurou evidenciar uma relativa aquisição de conhecimentos biomédicos sobre a causa da malária e o uso de redes mosquiteiras como medida preventiva, a par de outras de higiene pessoal e coletiva. Neste âmbito, destacam-se os conhecimentos e práticas preventivas consideradas corretas por parte da população em geral, em detrimento dos grupos dos pastores e curandeiros (novos atores de promoção de saúde).

No distrito de Chókwè, verifica-se uma discrepância significativa quanto ao acesso, posse e uso de redes mosquiteiras, utilizadas, principalmente, na época das chuvas. Um casual número de respostas aponta para a sua aquisição no sector comercial.

A pulverização intradomiciliária é uma atividade como uma boa aceitação por parte da população para controlo da doença, ainda que a sua finalidade não seja, totalmente, compreendida e haja vários motivos de crítica baseados em experiências passadas.

Em suma, assistimos à acumulação de noções biomédicas por parte da população, mas subsistem críticas e dúvidas não esclarecidas quanto à implementação e resultado de atividades como a PIDOM. De acordo com o problematizado no subcapítulo sobre a introdução dos Testes de Diagnóstico Rápido, os novos referenciais e intervenções realizados pelas instituições biomédicas têm um impacto nos saberes previamente existentes. A menos que as pessoas vejam as suas questões esclarecidas, novos conhecimentos e práticas emergirão, com base nas experiências com os serviços biomédicos. Estes novos domínios poderão reforçar ou enfraquecer os serviços biomédicos prestados e os planos de controlo da malária existentes para determinada área.